



Visió integral de les urgències del territori

Aurora Dueñas Molins
Directora dels sectors sanitaris Vallès Occidental Est i Vallès Oriental
Regió Sanitària Barcelona
Servei Català de la Salut

Introducció i punt de partida

La societat actual demana cada cop més immediatesa en la utilització dels serveis, fet que ha comportat un augment en la utilització de l'atenció urgent, i que una part important dels problemes que es veuen en els serveis d'urgència hospitalaris són de baixa complexitat (entre el 50 i el 80%) i podrien ser atesos amb el mateix resultat en altres dispositius amb menor intensitat de recursos. Tothom coincideix sobre el problema de la utilització inadequada de serveis en l'àmbit de l'atenció urgent. Aquest fet, que també preocupa la majoria de països del nostre entorn, ha portat a estudiar quins poden ser els factors explicatius i a endegar iniciatives i formular propostes orientades, fonamentalment, a intentar disminuir la freqüentació en els serveis hospitalaris. Els resultats dels estudis d'avaluació desenvolupats fins al final del segle passat no han pogut concloure que hi hagi evidència que les estratègies convencionals (intervencions sobre la demanda, millora de l'accessibilitat de l'atenció primària) per reduir les urgències als hospitals siguin efectives.

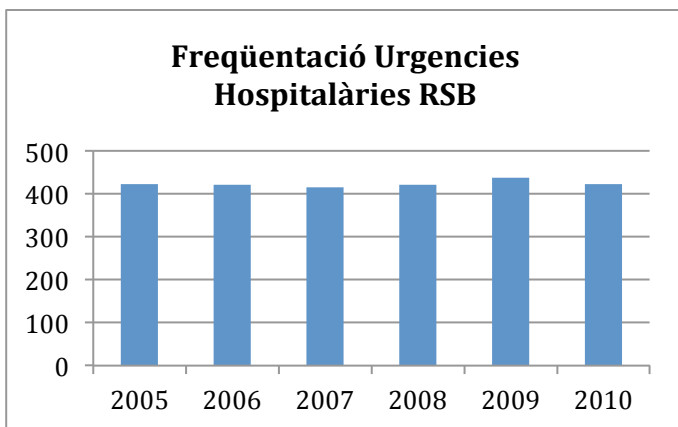
En el cas de Catalunya, la taxa d'utilització de les urgències hospitalàries sembla força estable, o inclús que baixa. Igual que l'alta freqüentació innecessària és difícil d'interpretar, la disminució dels darrers anys també ho és.

Ens arrisquen a aventurar alguna hipòtesis:

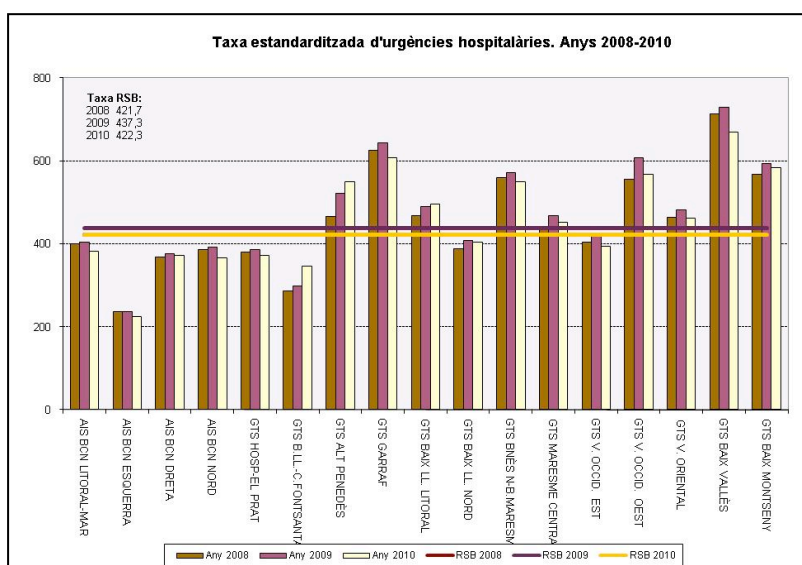
- L'aparició de nous dispositius assistencials extrahospitalaris de més resolució (els CUAP o similars).
- La disminució general de demanda del ciutadà, posada de manifest durant l'any 2011, quan la percepció de crisi de sistema inhibeix lleugerament l'ús de serveis públics quan no és estrictament necessari (hipòtesi particular).

Caldrà contrastar en els propers anys si aquesta disminució que s'apunta es converteix en una tendència consistent i avaluar l'impacte que hagin pogut tenir les actuacions endegades.

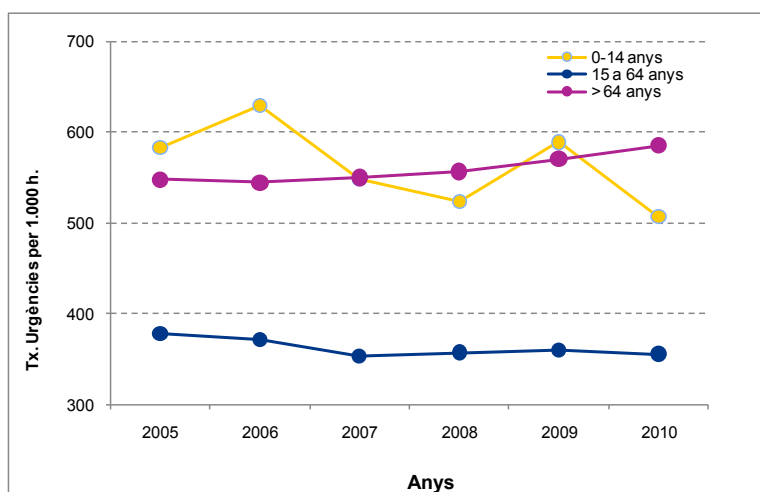
Informació sobre l'activitat a urgències pot obtenir-se, de forma parcial, en diferents fonts. No disposem d'un CMBD dels centres d'urgències. Per mostrar la magnitud del problema que ens ocupa, es presenten dades de l'informe "Urgències hospitalàries (2008–2010) Regió Sanitària Barcelona" (http://www10.gencat.cat/catsalut/rsb/arxiu/urgenciesRSB_2008_2010.pdf) elaborat per l'equip de Sistemes d'informació sanitària del l'RSB, on es recullen les dades de la facturació dels hospitals de l'RSB. No són tots els hospitals de Catalunya però la mostra és suficientment representativa, i la font és homogènia.



A la taula següent es posa de manifest la gran variabilitat que es dona entre els diferents territoris en què s'ha dividit l'RSB, divisió que té com a criteri la organització hospitalària.



Si s'estudia per grups d'edat, veiem segur que està augmentant la freqüentació de la gent gran.



A banda dels hospitals, hi ha una gran diversitat de dispositius per atendre l'atenció urgent:

- EAP que fan la seva atenció continuada.
- Centres d'atenció continuada que atenen l'atenció continuada de diversos EAP.
- CAP que durant unes hores s'atén l'atenció continuada i a altres hores no (modalitat en creixement).

- Centres d'urgències d'atenció primària, que atenen urgències les 24 hores. A la vegada, aquests CUAP poden tenir una dependència i complexitat de l'AP, o bé estar lligat a hospitals.
- Atenció continuada transferida a l'hospital del territori (amb o sense atenció domiciliària).
- Atenció domiciliària atesa des de l'hospital.
- Territoris on només el SEM dona accés als centres d'atenció continuada.
- Atenció domiciliària coordinada pel SEM

No disposem de dades prou homogènies que ens mostrin l'evolució de les urgències extrahospitalàries.

No és casual que en les sessions de discussió d'un grup de treball amb professionals i experts de l'àmbit de l'atenció urgent, s'hi identifiquessin els següents punts forts i punts febles:

Punts forts

- Sistema de triatge i coordinació 061, tot i la variabilitat en la seva utilització.
- Experiències de coordinació en sentit integral.
- Reorganització dels SUH: triatge, nivells.
- Proximitat als punts d'atenció continuada i urgències.
- Professionalització del SUH.

Punts febles

- Els EAP tenen dificultats per atendre la demanda d'immediatesa.
- Els pediatries, en general, fan menys guàrdies i menys atenció domiciliària urgent en l'àmbit de l'atenció primària.
- Atenció domiciliària diversificada, poc estructurada i descoordinada.
- Alta freqüentació als SUH.
- Utilització directa per part de la població dels SUH sense triatge previ ni utilització d'altres dispositius.
- Problemes de drenatge des dels SUH a les unitats d'hospitalització.
- «Abandonament» de la gent gran als SUH (per manca de suport familiar o social).
- Medicalització d'aspectes aliens a la salut.
- Diversitat de missatges en referència als diferents dispositius.
- Sistemes d'informació no integrats.
- Diversitat d'horaris d'atenció.
- Formació i expertesa limitades dels professionals que fan atenció urgent. En determinats casos hi ha una rotació elevada dels professionals, dificultats en la seva contractació...
- Manca d'un sistema d'acreditació per als serveis i els professionals.

Per resoldre molts d'aquests aspectes negatius del sistema d'urgències, es necessari una visió territorial.

La experiència de les comissions territorials de coordinació d'urgències

La Comissió territorial d'urgències és el fòrum on es coordina les actuacions dels conjunt dels proveïdors del territori en els períodes de més demanda (hivern).

Des de l'Administració Sanitària es demana que cada centre sanitari faci el seu **Pla d'actuació**. L'objectiu dels plans d'actuació és el de planificar amb antelació i de manera consensuada amb els proveïdors l'adaptació dels dispositius d'atenció, tant des del punt de vista estructural i organitzatiu, com de recursos humans, per fer front a l'augment de demanda estacional. També mostra la capacitat

Els plans d'actuació s'han d'acordar a nivell territorial entre proveïdors i regions configurant l'escenari d'accions planificades per donar resposta en condicions de forta demanda.

- Qui en forma part:
 - Les direccions mèdiques i els responsables del servei d'urgències dels hospitals
 - Els responsables dels dispositius d'urgències de l'AP
 - La direcció territorial del SEM
 - El proveïdor del transport sanitari en el territori
 - Ocasionalment, altres proveïdors
 - El CatSalut
- S'identifiquen els punts o moments clau. Alguns exemples:
 - Modular l'activitat programada i espontània en l'atenció primària
 - Programa ATDOM

- Obertura de dispositius (llits addicionals, increment dels equips assistencials d'hospitalització a domicili, etc.)
- Major necessitat de transport sanitari per trasllats interhospitalaris, versus altre atenció programada no urgent
- Complementarietat CUAP – Hospital (flux bidireccional)
- Dificultat per la descàrrega de pacients enviats pel SEM
- Reunions periòdiques de seguiment d'activitat i incidències.
 - A més de les reunions es manté una comunicació molt intensa amb tots els proveïdors per tal de donar informació epidemiològica i de seguiment de la demanda i rebre la situació en cada moment que hi ha en el centre sanitari, i per activar en qualsevol moment accions que siguin necessàries.
- Algunes de les experiències o estudis específics que en els darrers anys s'han portat a terme són:
 - Compartir experiències en la gestió dels llits.
 - Criteris de derivació als hospitals complementaris.
 - Coordinar el transport sanitari comú.
 - Formació professional des de l'hospital als professionals dels EAP.
 - Estudi dels temps d'espera
 - En conjunt, la valoració dels proveïdors és molt positiva.

Cap a on anem?

El Pla de Salut 2011-2015 dedica un dels 32 projectes a la reordenació de l'atenció urgent. El projecte 3.2 (Línia d'actuació 3. Un sistema integrat més resolutiu des dels primers nivells i al territori) preveu:

http://www20.gencat.cat/docs/salut/Home/Destaquem/Documents/plasalut_vfinal.pdf

Projecte 3.2. Transformar el model d'atenció a urgències per donar respostes més adequades a les demandes d'atenció immediata

Es reordenaran territorialment els serveis d'atenció a les demandes immediates (en ubicació i nivells de complexitat) i s'establirà un sistema de triatge comú que permeti adequar millor l'atenció a les necessitats dels pacients.

■ **Objectiu fins al 2015.** Reduir la freqüentació a les urgències hospitalàries en aproximadament un 10%, dirigint les demandes d'atenció a nivells més adequats i disminuint la variabilitat en la utilització. Augmentar fins al 75% el percentatge d'urgències ateses als hospitals que han passat prèviament per un contacte telefònic, un dispositiu de baixa complexitat o han estat dirigides pel SEM (*ara només un 20%*)

■ **Objectiu per al 2012.** Reduir un 2% les urgències hospitalàries

El Pla de Salut preveu la creació de plans territorials de reordenació d'urgències.



Una altra línia d'actuació del PdS preveu la millora en l'atenció en patologies cròniques freqüents, la creació de programes d'atenció a pacients crònics complexos on s'integrin tant l'AP com l'atenció especialitzada, la utilització de recursos específics per a pacients crònics alternatius a urgències i la hospitalització, etc. Totes aquestes mesures també han de contribuir a canviar la situació de les urgències hospitalàries.

http://www20.gencat.cat/docs/salut/Home/Destaquem/Documents/plasalut_vfinal.pdf